Travail de la Consultation de M. le Docteur LE NOIR à l'Hôpital Saint-Antoine

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928 — THÈSE — N° 44

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Stephen MANONG

Né à Constantinople, le 2 septembre 1896

LE DIAGNOSTIC DE L'ULCUS GASTRO-DUODÉNAL ET LE RYTHME DE LA DOULEUR TARDIVE DANS LE TEMPS

Président : M. P. CARNOT, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1928

Travail de la Consultation de M. le Docteur LE NOIR à l'Hôpital Saint-Antoine

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928 — THÈSE — N° —

POUR

LE DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE PARIS

(MENTION MÉDECINE)

PAR

Stephen MANONG

Né à Constantinople, le 2 septembre 1896

LE DIAGNOSTIC DE L'ULCUS GASTRO-DUODÉNAL ET LE RYTHME DE LA DOULEUR TARDIVE DANS LE TEMPS

Président : M. P. CARNOT, *Professeur*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1928

LE DOYEN. . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	N.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
BRAMI . . .	Pathologie médicale.
AJOUANINE.	Neurologie et psychiatrie.
JBERTIN. .	Pathologie médicale.
ASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
UDOUIN. .	Pathologie médicale.
NET	Physiologie.
ANCHETIÈRE	Chimie biologique.
OCQ. . . .	Pathologie chirurgicale.
ULÉ. . . .	Pathologie médicale.
DENAT . .	Pathologie chirurgicale.
IAMPY. . .	Histologie.
IIRAY . . .	Pathologie médicale.
ERC. . . .	Pathologie médicale.
EBRÉ	Hygiène.
JVOIR . . .	Médecine légale.
ALLE . . .	Obstétrique.
ESSINGER .	Pathologie médicale.
ARNIER . .	Pathologie expérimentale
ATELLIER .	Pathologie chirurgicale.
ARVIER. . .	Pathologie médicale.
ITZ-BOYER	Urologie.
VELACQUE .	Anatomie.
JTINEL. . .	Pathologie médicale.

MM.	
I. de JONG . .	Anatomie pathologique
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale.
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie.
LEROUX. . .	Anatomie pathologique.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU. . .	Pathologie chirurgicale
METZGER . .	Obstétrique.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale.
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
QUÉNU. . . .	Pathologie chirurgicale.
RICHET Fils. .	Physiologie.
SÉZARY . . .	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique
VELTER. . . .	Ophtalmologie.
VERNE. . . .	Histologie.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
OUGEROT .	Pathologie médicale.
JÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.
TANON. . . .	Pathologie médicale

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM.	
ALGLAVE . .	Clinique chirurgicale.
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.
LE LORIER. .	Clinique obstétricale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.

MM.	
LERI.	Clinique médicale.
MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale
PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale.
VILLARET . .	Clinique médicale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé.	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail les mutilés de guerre et les infirmes adultes
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MERE

ET DE

MA SŒUR

MEIS ET AMICIS

A M. LE PROFESSEUR P. CARNOT

Professeur de Clinique médicale à la
Faculté de Médecine de Paris

Qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse et dans le service duquel nous avons eu le grand plaisir de nous perfectionner.

Qu'il nous permette de lui offrir, ici, notre profonde et respectueuse gratitude.

A MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage :

M. le Professeur GOSSET
M. le Professeur HARTMANN
M. le Professeur LEGUEU
M. le Professeur TEISSIER
M. le Professeur TERRIEN
M. le Professeur SÉBILEAU
M. le Professeur GUILLAIN
M. le Professeur BRINDEAU

Perfectionnement :

M. le Professeur COUVELAIRE
M. le Professeur J.-L. FAURE
M. le Professeur WIDAL
M. le Docteur MACÉ
M. le Docteur SAVIGNAC
M. le Docteur DOUAY

Qu'ils trouvent ici ma profonde gratitude, comme ils ont tous contribué à mon perfectionnement en médecine générale, gynécologie et obstétrique.

A M. le Docteur R. SAVIGNAC

Assistant à la Consultation de Gastro-entérologie
à l'Hôpital Saint-Antoine.

Qui nous a appris à examiner les malades, il nous donna les éléments de ce travail et nous guida.

Hommage de profonde reconnaissance.

LE DIAGNOSTIC DE L'ULCUS GASTRO-DUODÉNAL ET LE RYTHME DE LA DOULEUR TARDIVE DANS LE TEMPS

INTRODUCTION

Lorsqu'on parcourt les nombreux et très solides travaux qui ont paru dans ces tout derniers temps sur le diagnostic de l'ulcus gastrique et surtout duodénal, sur la lithiase vésiculaire et son diagnostic, sur les périviscérites du carrefour et les périduodénites secondaires ou essentielles et sur le diagnostic de ce qu'on appelle d'une façon plus générale les affections du carrefour ; lorsque, d'autre part, on se trouve souvent en face du problème que pose un malade atteint d'un syndrome qui amène à penser à une de ces affections, il n'est pas de médecin qui se rende compte de l'extrême difficulté qu'on éprouve, la plupart de temps, à se faire une opinion précise et certaine.

De la lecture de la plupart des travaux parus sur la question, des réflexions auxquelles nous a obligé le diagnostic de ces affections, nous sommes con-

vaincu que la certitude, ou quasi, ne pouvait être obtenue que par le groupement en faisceau et l'étude critique de l'ensemble des signes fournis.

Aucun symptôme, même celui qui pouvait paraître le plus pathognomonique, ne peut-être accepté sans discussion ; qu'il s'agisse de la localisation douloureuse, de la présence de sang dans les selles et même de l'examen radiologique le plus minutieux.

Nous pourrions citer de nombreux cas où le diagnostic, posé avec les apparences de la plus grande certitude, fut controuvé à l'opération, à l'autopsie ou par les événements.

Aussi nous estimons qu'aucun élément de diagnostic, le plus petit soit-il, le plus banal semble-t-il, ne peut être négligé. C'est pourquoi nous voulons attirer l'attention, dans cette étude, sur l'évolution dans le temps du symptôme douleur, à laquelle il ne nous paraît pas qu'on ait accordé toute l'importance qu'elle possède à notre avis. Non pas que l'idée, que nous voulons développer ne se trouve pas dans les traités, rapports, thèses, travaux de différents auteurs, mais elle est, pour ainsi dire, effleurée, signalée avec si peu d'insistance qu'il faut en être imprégné comme nous le sommes, et comme le sont certainement ceux qui s'occupent de gastro-entérologie, pour qu'on l'y trouve et qu'elle frappe l'esprit du lecteur avec l'intensité que nous le voudrions nous-même.

C'est pourquoi nous tâcherons de l'appuyer avec toute l'énergie de notre conviction, dans ce travail.

D'une façon toute courante, nous devons commencer, avant tout examen de laboratoire et de radiologie, à préciser le diagnostic clinique de quasi-certitude, avec le concours de l'étude minutieuse de l'ensemble des signes, même les plus insignifiants. Si l'ensemble de l'examen clinique, de laboratoire et de radiologie est indispensable dans de nombreux cas, il en est de très nombreux où la clinique seule est prépondérante, car souvent l'histoire clinique de la plupart des malades se réduit à un seul symptôme, à savoir : la douleur tardive, ou ses multiples variations suivant le même rythme périodique dans le temps, qui nous occupe en particulier.

Pour la clarté, nous nous proposons, après l'historique de la douleur tardive et l'étude de sa localisation d'irradiation et de caractère, d'insister en particulier sur le rythme dans le temps de la douleur tardive, dans une étude d'ensemble, à l'appui du diagnostic de quasi-certitude de l'ulcus gastro-duodénal, souvent bien avant l'apparition d'autres signes.

Dans un autre chapitre, après une critique comparative et chronologique de nombreux traités de pathologie, ou des travaux ayant trait à la douleur tardive, la dernière partie de cette étude sera consacrée aux quelques observations particulièrement précieuses, pour appuyer notre thèse, que nous devons à l'extrême amabilité de M. le Dr de Savignac, qui a bien voulu nous disposer pour choisir, parmi les plusieurs centaines de sa collection personnelle.

Il a été pour nous l'inspirateur et le maître.

Nous nous permettons de lui prier d'accepter cette étude comme le reflet peut-être fidèle de son enseignement et le plus humble témoin de notre reconnaissance dévouée.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

Les dyspepsies, de nature les plus variées, se caractérisent essentiellement par des troubles sensitifs et subjectifs, à évolution continue, comme l'aphorisme de Lasagne en est le témoin fidèle : « Pour être dyspeptique, disait-il, il faut souffrir et se plaindre longtemps. »

Malgré l'universalité du mot dyspepsie, abusé un peu par tout le monde, n'est jamais bien compris, ni défini, et rien n'est aussi confus que les troubles concomitants aux dyspepsies, que l'on observe chez les dyspeptiques, essentielles ou secondaires.

Pourtant de cet ensemble confus, un symptôme se dégage avec une grande netteté d'expression et de valeur, c'est la douleur.

Il a fallu de longues années, et des observations minutieuses pour faire de la douleur tardive ce qu'elle est aujourd'hui ; c'est dire une expression clinique ayant une haute valeur individuelle.

C'est à Cruveilhier que revient l'immense mérite de la découverte de l'ulcère simple dès 1830 (1). Dans

1. Ulcus selon la dénomination de Mathieu.

son mémoire de 1856, on lit la phrase suivante, comme l'explication du caractère des crises douloureuses :

« ... C'est la circonscription de la douleur à une petite région, celle de l'appendice xiphoïde, c'est le genre de douleur qui est tantôt une sensation de brûlure, tantôt celle d'une plaie vive.

Cette douleur survient quelquefois immédiatement après l'ingestion des aliments, d'autre fois un quart d'heure, une demi-heure, trois ou quatre heures après les repas, et se prolonge d'ordinaire jusqu'à ce que la digestion stomacale soit accomplie, et que la matière chymeuse ait passé toute entière dans le duodénum. »

Cruveilhier, malgré qu'il était frappé par le rythme de certaine douleur gastrique, rythme réglé le plus souvent par les heures du repas, et qui, pour lui, toute douleur survenant trois à quatre heures après les repas, se répétant ainsi tous les jours, d'une façon régulière, était symptomatique d'ulcus.

Il n'avait pas vu la signification toute particulière du rythme de la douleur dans le temps.et non pas dans la journée, pour un but de diagnostic précoce de l'ulcus gastro-duodénal, tel que des progrès considérables ont été réalisés depuis vingt ans dans le domaine du diagnostic de l'ulcus.

A un moment donné, la douleur tardive n'était qu'un signe banal auquel on n'attachait pas une importance plus grande qu'aux autres troubles dyspeptiques, et il faut arriver jusqu'aux travaux de Reich-

man et Riegel pour la voir étudiée et décrite à part.

Pour ces auteurs, elle se résume en un signe net d'hyperchlorhydrie.

Bouveret rapporte le syndrome de douleur à trois affections qui procèdent de l'excès de la sécrétion : l'hyperchlorhydrie, l'hypersécrétion permanente et l'ulcère. C'était aussi l'opinion de Mathieu, Robin et Hayem à une époque où le chimisme gastrique régnait.

Mais ce sont les travaux de MM. Soupault et Hartmann qui devaient dégager les douleurs tardives, d'une définition chimique mal comprise, en leur donnant leur signification pathologique nette.

Ils établirent les premiers, que les douleurs tardives sont dues à des accidents de spasme pylorique en décrivant le syndrome pylorique.

Ainsi, le syndrome dyspeptique tardif devint l'équivalent de sténose ou de spasme du pylore, comme il est déjà admis de la plupart des auteurs contemporains.

CHAPITRE II

ÉTUDE COMPARATIVE DE LA DOULEUR TARDIVE, SES VARIÉTÉS, SA VALEUR DE LOCALISATION ET D'IRRADIATION, SON CARACTÈRE ET SA VALEUR DE RYTHME DANS LA JOURNÉE.

La localisation et l'irradiation de la douleur dans les affections gastro-duodénales a été considérée, par de nombreux auteurs, comme une expression propre d'une lésion localisée.

Pour Cruveilhier, la douleur en broche est une localisation régionale et aussi l'irradiation lui permet de la distinguer des névralgies abdominales causées par divers organes. Pour lui la gastralgie irradie souvent vers la partie antéro-supérieure du thorax, cette même douleur irradiée dans le dos correspond à la région gastrique.

Pour Soupault, la douleur et ses irradiations siègent assez nettement avec une fixité remarquable, suivant l'intensité et la nature de la douleur, à peu près toujours la même, sur le trajet des plexus nerveux du tronc cœliaque et de l'aorte abdominale. Pour nous, la localisation et l'irradiation n'ont qu'une valeur de diagnostic tout à fait relative. Il est évident que la douleur tardive a une loca-

lisation épigastrique dans beaucoup de cas, mais ces mêmes douleurs provoquées ou spontanées de la région épigastrique, ne sont pas fidèles et ne traduisent pas toujours une lésion gastrique, d'autant plus que les douleurs de coliques intestinales, de la lithiase hépatique, du côlon transverse, pancréatique, néphrétique ainsi que la douleur appendiculaire peuvent se traduire par une sensibilité ou par une douleur de plexus solaire, due à une irritation réflexe, sans que l'estomac soit nullement en cause.

Pour peu que l'on y pense, une localisation extra-épigastrique ou abdominale d'une douleur sans cause apparente qui, chaque fois, à la même heure, tardivement après les repas, tourmente le malade, cette douleur assez sûrement appartient à l'estomac. Les douleurs de la lithiase biliaire et des dyspepsies secondaires sont, en général, précoces et surtout irrégulières.

Toujours il y a une régularité de rythme dans les douleurs de l'ulcus, qui a sa raison dans la régularité toujours la même de la cause, qui est l'évacuation de l'estomac, toujours le même horaire pour le même malade suivant le rythme de la contractilité de son estomac qui commande l'évacuation. De même l'urinaire souffre lorsqu'il vide sa vessie, et le malade atteint de fissure à l'anus, lorsqu'il évacue son rectum. Mais la douleur gastrique a ceci de particulier, que sa cause étant absolument soustraite à l'influence de la volonté, elle traduit fidèlement le rythme régulier de la vie végétative. L'attention

attirée du côté d'une lésion gastrique, il suffira d'interroger avec soin le malade pour découvrir un passé de troubles dyspeptiques oubliés, même malgré l'absence complète d'une sensibilité douloureuse de l'épigastre.

Donc, rien que par le rythme tardif de la douleur après les repas, ou par l'exacerbation tardive franche d'une douleur, et la sédation nette par l'ingestion d'alcalins ou quelquefois d'aliments, cette localisation extra-épigastrique de la douleur tardive et ses irradiations, aussi calmées par les mêmes moyens, requièrent une valeur diagnostique d'une lésion gastrique.

Pour Cruveilhier, la douleur tardive survenant trois à quatre heures après les repas, à répétition journalière, est symptomatique d'ulcus. Mais il est évident que cette douleur tardive n'est autre chose que le signe de spasme pylorique et que ce spasme pylorique n'est pas un symptôme particulier de l'ulcus.

Soupault et Hartmann ont infiniment contribué à constituer les détails du caractère de la « journée du gastropathe », en étudiant minutieusement les modifications qu'elle présente dès le réveil jusqu'au soir et pendant la nuit.

Pour Mathieu, Hartmann, Hazem et Soupault, l'horaire de la douleur a une importance capitale ; pour ces auteurs, il y a des malades qui souffrent irrégulièrement sans rythme dans la journée ; d'autres qui souffrent toute la journée ; enfin une troisième

catégorie de malades qui sont les ulcéreux, qui souffrent d'une façon rythmique.

« ...Il est d'une importance capitale pour le diagnostic, dit Soupault, de fixer dans quelles conditions et à quel moment se produit la douleur. On peut la distinguer en deux groupes : douleur gastralgique et dyspeptique.

« ...Les douleurs gastriques dans leurs formes les plus typiques se manifestent par accès, par crises paroxystiques et qu'on distingue sous le nom de crises gastralgiques. Les caractères généraux de ces gastropathies sont de durer pendant une période de temps plus ou moins longue, de se produire en dehors de l'ingestion et des aliments, qui d'ailleurs les exaspère et qui devient insupportable, enfin de se terminer brusquement après une durée plus ou moins longue. Dans l'intervalle de ces crises, tantôt l'état gastrique est tout à fait satisfaisant et tantôt il existe des manifestations dyspeptiques de tout ordre et d'intensités variables.

« Ces crises gastriques, qui s'accompagnent le plus souvent de vomissements, ont été décrites sous des noms différents : vomissements périodiques, vomissements cycliques. Le type en a été admirablement étudié par Buzzard et Charcot dans le tabès ; on le rencontre encore chez les hystériques, les neurasthéniques, chez les basedowiens, certains névropathes sans étiquette bien précise. On le trouve encore dans beaucoup d'affections des organes cérébro-spinaux. Elles sont souvent d'origines réflexes

dues à une affection hépatique (lithiase biliaire ou foie déplacé), à une affection rénale (rein mobile, lithiase rénale), à l'appendicite, à des vers intestinaux, à l'entéroptose, à des affections utéro-ovariennes ou à la grossesse. Enfin, elles se montrent parfois à l'état d'épisodes aigus dans des affections stomacales : gastro-succorrhée, ulcus, cancer, parfois dyspepsie nerveuse. On voit donc qu'elles peuvent éclater dans une foule de circonstances et, comme conclusion, nous ferons remarquer qu'il faut avoir soin, quand on les observe, d'en chercher avec soin la cause ; en effet, de ce diagnostic étiologique dépendent et le pronostic et le traitement.

« La gastralgie ne se présente pas toujours avec les allures dramatiques, tapageuses, même dans la crise gastrique. Elle a souvent des allures plus modestes, mais alors elle s'installe à l'état chronique. Son caractère principal, c'est de se montrer à tous moments du nycténien sans régularité, sans relation avec les repas, avec des variations bizarres d'intensité et de temps ressortissant à des influences physiques et morales. Ces variations, cette indépendance d'allures constituent, pour ainsi dire, la marque de leur caractère névropathique. Cette gastralgie chronique est, en effet, l'apanage des hystériques et des névropathes de toutes catégories.

Elle n'a souvent rien de commun avec la dyspepsie. C'est une algie localisée au creux de l'estomac et dont le siège est, peut-être, comme Leven l'a dit

le premier, dans le plexus solaire, beaucoup plus que dans le ventricule lui-même. La cause primordiale en est dans le tempérament nerveux et elle peut être provoquée par une foule de causes extérieures ou inhérentes à l'individu. »

De cette lecture nous concluons clairement que, dans ces crises gastralgiques, Soupault met sur le même plan l'ulcère, le cancer, les dyspepsies nerveuses ou autres, sans aucun esprit critique, ni précision pour établir un diagnostic différentiel des diverses gastropathies.

De même, Soupault, en séparant les douleurs dyspeptiques des douleurs gastralgiques, dit : « Les douleurs sont caractérisées par ce fait que nulles ou très faibles à jeun elles s'exagèrent très nettement par l'alimentation. Ces sensations pénibles apparaissent plus ou moins tard après les repas, et le moment de leur apparition doit être noté avec soin. Certains malades accusent des douleurs immédiatement après la déglutition Enfin, beaucoup d'autres le considèrent comme donnant une très forte présomption en faveur de l'ulcère Nous ne voulons pas partager cet avis. En dehors des cas très rares, où la lésion occupe le voisinage immédiat du cardia, nous affirmons que la douleur de l'ulcère est rarement précoce, en général, assez tardivement, ce qui s'explique par son siège très fréquent dans la région pylorique. »

Enfin, Soupault plus loin étudie les différents rythmes de la douleur tardive dans la journée, et en

conclut qu'il existe des douleurs semi-tardives et tardives, sans toutefois pouvoir mettre en relief la vraie physionomie et la valeur de la douleur tardive en rapport avec le diagnostic.

Actuellement, la douleur tardive n'est plus, pour nous, un symptôme banal de dyspepsie ni de gastralgie, c'est certainement une manifestation d'une signification tout à fait spéciale. C'est d'abord son horaire qui donne à la douleur tardive son trait le plus distinct. Ce caractère tardif de la douleur est de beaucoup le plus important et constant, car il permet, à lui seul, de reconnaître le syndrome pylorique dans des manifestations les plus atypiques même par sa localisation extra-épigastrique.

Ainsi conçu, pas de douleur tardive sans spasme pylorique. Un fait curieux nous semble intéressant, c'est la sédation ou l'amélioration presque immédiate de la douleur tardive par l'ingestion d'aliments : d'alcalins, ou quelquefois par pyrosis ou par un vomissement.

Horaire tardif et sédation par les aliments ou les alcalins, voici les deux caractères essentiels de la douleur tardive.

Le siège de la douleur tardive est ordinairement l'épigastre, d'où partent des irradiations variées. Certaines de ces irradiations possèdent du fait de leur constance, une réelle valeur diagnostique. L'irradiation dorsale de la douleur en broche (dernières vertèbres dorsales et première lombaire) est

une présomption de lésion de la petite courbure ou de la face postérieure de l'estomac.

La douleur sous-costale gauche avec irradiations aux espaces intercostaux du même côté, indique habituellement une lésion médio-gastrique. L'irradiation de la douleur à droite, vers la région sous-hépatique et à la base du thorax est un bon signe d'ulcus duodénal. Mais l'anomalie de la localisation de la douleur tardive décrite pour la première fois par Leven, assez souvent met en doute la valeur diagnostique de la localisation qui n'est d'ailleurs, pas un aide fidèle en clinique.

La douleur subjective est toujours accompagnée d'une douleur objective de la même région. Pour Soupault, cependant, cette douleur objective n'est pas constante.

Il n'est même pas besoin, bien souvent, d'interroger les malades, il n'y a qu'à les laisser parler, pour qu'ils décrivent avec une exactitude rigoureuse la douleur tardive la mieux définie.

Mais quel est le mécanisme de cette douleur ? Ce fût, comme nous l'avons mentionné, le grand mérite de Soupault et Hartmann, de montrer que la douleur tardive est due à un vice de fonctionnement du sphincter pylorique. La douleur tardive n'est pas, en effet, la signature d'une lésion déterminée, elle dit : spasme du pylore, elle ne signifie pas plus ulcus que gastrite, dyspepsie primitive que dyspepsie secondaire.

Binet et G. Durand en examinant à l'écran radios-

copique des malades souffrant de douleurs tardives, ont constaté que le paroxysme douloureux coïncidait avec le ralentissement ou l'arrêt d'évacuation stomacale, accompagné parfois d'un état de spasme total et permanent, même des contractions profondes de l'estomac. Donc la douleur tardive est une douleur musculaire, une sorte de crampe du sphincter pylorique, à savoir, souffrance du muscle gastrique tout entier, se contractant sur un contenu qui ne peut s'évacuer.

Ceci d'ailleurs n'est pas un phénomène isolé, car comme le font remarquer Le Noir et Agasse Lafont, « l'estomac, organe creux, à paroi musculaire, obéit aux mêmes lois que tous les viscères analogues, vessie, utérus, dont la muqueuse est peu sensible et la couche musculaire est douée d'une sensibilité marquée ».

Toutes les causes capables d'engendrer le spasme pylorique, se traduiront par des douleurs tardives. Ces causes peuvent être rangées en deux catégories :

1° Les lésions gastriques provoquent le spasme réflexe par irritation locale ; dyspepie hypersthénique, gastrite chronique, hyperchlorhydrie éliminatrice de néphrite chlorurémique, certains épisodes de dyspepsies par ptose gastrique et surtout l'ulcus.

2° Les troubles dynamiques d'origine périphérique ; dyspepsie secondaire, en particulier lithiase biliaire et appendiculaire et même d'origine centrale ; la sédation par le bromure, des crises dou-

loureuses tardives, ayant duré plusieurs années, suffit à démontrer l'existence de ces spasmes pyloriques essentiels.

Aussi l'hyperchlorhydrie, l'inflammation et l'hyperesthésie de la muqueuse ou du plexus solaire, ou la sensibilité musculaire peuvent faciliter la production du réflexe de pyloro-spasme.

Si nous résumons les notions parcourues : soit la localisation épigastrique ou extra-épigastrique, ses irradiations, la plupart du temps inconstantes, soit le rythme à horaire tardif de la douleur dans la journée, même le caractère de la douleur, ne nous paraissent pas être des éléments de valeur pour le diagnostic clinique de l'ulcus gastro-duodénal. Mais il suffit de noter que, la plupart du temps, la douleur à horaire tardif, rythmée par le repas indique une maladie organique de l'estomac, comme la majorité des auteurs le pensent, contrairement à ce que Cruveilhier croyait en général à la précocité de la douleur causée par l'ulcus, car la cause la plus fréquente de la douleur tardive périodique, c'est l'ulcère de l'estomac et du duodénum.

Il est évident que cette douleur tardive n'est qu'un signe de spasme pylorique et n'appartient pas à l'ulcus en particulier. Nous répétons que le spasme du pylore peut apparaître en réalité comme un syndrome commun dans les gastralgies, des dyspepsies hypersthéniques, appendicites, ptoses, vésicules, des porteurs de fibromes et d'annexites, mais ne traduit que très exceptionnellement ces syn-

dromes sus-mentionnés, quand il est rythmé par le repas, apparaissant à horaire tardif constamment journalier et par période, suivi d'une période d'accalmie, et alors il est pathognomonique de l'ulcus gastro-duodénal.

Nous nous permettons de conclure que, si le rythme journalier des douleurs chez les ulcéreux est intéressant à étudier, à lui seul ne saurait suffir à établir un diagnostic étiologique.

Quant à la nature de la douleur, qui est variante pour le même malade dans des proportions considérables, les uns accusant dans un même cas une simple pesanteur, une brûlure, une sensation vague de tiraillement, d'autres une véritable douleur sourde ou déchirante, ou toutes les variantes possibles, et même chez le même malade les sensations subjectives se variant diversement suivant les jours, pour nous n'ont aucune nature à troubler l'orientation, tout ayant la même signification de douleur.

L'intensité de la douleur, de même, ne peut présenter, pour nous, une valeur diagnostique, car nous avons constaté très souvent que des ulcéreux ne souffraient que d'une simple pesanteur, alors que certains dyspeptiques atteints de troubles légers, accusaient, au contraire, de très vives douleurs.

De même, l'étendue d'un ulcère ne peut pas être proportionnelle à l'intensité de la douleur, car, plusieurs fois, lors des opérations curatives, pour des ulcères gastriques, nous nous sommes trouvés en

présence des ulcus minuscules qui causaient des douleurs très atroces.

En résumé, ni la localisation circonscrite, ni l'irradiation, ni l'intensité, ni la nature, non plus l'horaire journalier de la douleur tardive ne nous obligent en rien vers une orientation certaine du diagnostic étiologique.

Nous croyons volontiers, et voulons insister sur l'importance capitale du diagnostic de l'ulcus, d'après le rythme de la douleur tardive dans le temps, et non pas dans la journée. C'est ainsi que, dans le chapitre suivant, nous allons tâcher de démontrer qu'il existe dans le rythme, dans le temps de la douleur tardive, un élément plus fidèle pour le diagnostic précoce de quasi-certitude de l'ulcus gastro-duodénal.

CHAPITRE III

LE RYTHME DANS LE TEMPS DE LA DOULEUR TARDIVE ET LE DIAGNOSTIC DE L'ULCUS GASTRO-DUODÉNAL

Dans ce chapitre, nous allons parcourir les auteurs anciens et contemporains, chronologiquement si possible, et mettre en relief avec des lectures et des résumés le fil conducteur de leur description, en rapport avec le rythme dans le temps de la douleur tardive et nous allons voir qu'il est à peine effleuré la plupart de temps.

Ainsi, Cruveilhier admet que l'ulcus est une maladie chronique, sans aucune tendance naturelle à la guérison, caractérisée par une douleur à localisation xiphoïdienne, aiguë, rythmée par les repas et dont l'hématémèse et le vomissement sont les deux signes principaux.

Dieulafoy, dans ses *Manuels de pathologies internes*, sans aucune mention de la périodicité de la douleur tardive dans le temps, n'ajoute rien au diagnostic de l'ulcus.

Voici ce qu'on trouve à propos de la séméiologie de l'ulcus rond : «...Après une période plus ou moins longue, pendant laquelle le malade n'accuse

que des troubles dyspeptiques, sans caractères spéciaux, apparaissent des symptômes qui, par leurs caractères, ont une valeur considérable.

Ces symptômes sont : la douleur et le vomissement. La douleur, généralement circonscrite à la région xiphoïdienne du sternum, est presque toujours accompagnée d'une douleur correspondante au rachis, au niveau de la 1re vertèbre lombaire ; cette douleur mordicante et térébrante revient par accès, plusieurs fois par jour ou à intervalles plus éloignés. J'ai vu des malades, chez lesquels ces douleurs comparables aux plus vives brûlures, devenir une véritable torture qu'ils n'arrivaient à calmer qu'en faisant, pendant des mois, un abus immodéré d'injections de morphine. Des douleurs gastralgiques violentes, avec une localisation xiphoïdienne et rachidienne, des vomissements succédant plus ou moins vite à l'ingestion des aliments, des hémorragies stomacales abondantes et répétées avec ou sans mœlena, l'absence de tumeur à l'épigastre permettent de soupçonner et presque d'affirmer l'existence de l'ulcère. »

Pour Dieulafoy, non seulement le rythme de la douleur dans le temps n'existe pas, mais encore : la localisation, l'irradiation, l'intensité de la douleur, l'existence des vomissements et des hématémèses sont les symptômes capitaux du diagnostic de l'ulcus, alors que, assez souvent, l'histoire clinique d'un malade atteint d'ulcus, se réduit à ce seul symptôme : douleur, dont l'étude minutieuse du rythme dans le

temps nous permet d'affirmer l'ulcus, en l'absence de tout autre symptôme.

Bucquoy, en décrivant la symptomatologie de l'ulcus du duodénum, dans son mémoire de 1887, signale assez nettement l'évolution par période de la douleur gastrique, et les entérorragies, sans attribuer la valeur primordiale que nous voulons. En parlant d'une auto-observation, d'ailleurs sans avoir le diagnostic différentiel entre l'ulcus et la dyspepsie, alors que l'auto-observation est pleine d'éléments nécessaires «... ces douleurs, dit l'auto observateur, sont intermittentes, après avoir duré quinze jours ou un mois, disparaissent pendant un à trois mois pour recommencer... »

Hayem, dans ses études, insiste peut-être davantage sur la périodicité de la douleur, sans la mettre au premier plan : «... Souvent, sauf les cas de développement insidieux de l'ulcère avec brusque apparition d'une hématémèse ou la perforation, c'est dans le cours d'une gastrite chronique à forme hyperpeptique ou sans phénomène douloureux qu'on voit apparaître les signes d'ulcus. Tantôt les symptômes s'accentuent progressivement, la douleur et les vomissements prennent les caractères particuliers à cette affection, tantôt une hématémèse survient. «... D'autres malades présentent, pendant plusieurs années, tous les signes de la gastrite hyperpeptique avec hypersécrétion post-digestive, sans qu'il soit possible d'affirmer, d'une façon absolue, l'existence de l'ulcère. Dans le plus grand nombres de cas l'affec-

tion est constituée par une série de phases d'accalmie et d'activité. Les phases d'accalmie peuvent être assez longues et assez complètes, pour donner, pendant leur durée, l'illusion de la guérison. D'autres fois, les malades restent constamment des dyspeptiques hyperpeptiques, souffrent surtout à l'occasion des écarts de régime et accusent alors des douleurs du type de douleur tardive. Les phases d'activité s'installent progressivement ou éclatent plus ou moins brusquement à la suite d'une imprudence quelconque ou sans cause appréciable.

Pour la forme commune de l'ulcus gastrique, voici ce qu'on lit dans la dernière édition du traité de pathologie de médecine de Mathieu et J. Ch. Roux : « ...Une forme de l'ulcus est d'une netteté, d'une précision schématique. Elle se présente avec des caractères bien délimités, un syndrome bien spécial. Ce syndrome est constitué essentiellement par de la dyspepsie douloureuse, par des vomissements, surtout et c'est le fait caractéristique, qui sert souvent de repère principal pour le diagnostic par des hémorragies qui sont susceptibles de se révéler par une hématémèse, soit par du mœlena. A la connaissance de cet ensemble légué par nos prédécesseurs, on a ajouté, dans ces derniers temps, la notion d'hypersécrétion chlorhydrique dont la fréquence est considérable chez les ulcéreux et celle des crises pyloro-spasmodiques... Lorsqu'un malade de cet ordre se présente à nous avec des douleurs intenses, avec une grande intolérance pour les aliments avec des vomissements, sur-

tout avec des hémorragies, nous n'hésitons guère à diagnostiquer l'ulcus. Nous n'hésitons pas surtout lorsqu'il s'agit d'un sujet encore jeune qui a conservé son appétit, qui n'a pas maigri, qui ne s'est pas cachectisé autant qu'un néoplasique, et qui n'a pas eu, comme ce dernier, cette sensation d'inappétence pour la viande, qui a une importance si grande dans le diagnostic du cancer de l'estomac. »

Ici, nous n'avons pas besoin d'insister, comme on voit clairement, l'importance diagnostique de la douleur tardive rythmée par le temps, n'est même pas effleurée, et pour ces auteurs, la triade symptomatique pour le diagnostic de l'ulcus, c'est la douleur intense, avec une grande intolérance pour les aliments, des vomissements et surtout l'hémorragie Il est encore à noter, qu'ils ne parlent de la périodicité dans le temps, de la douleur tardive, qu'en faisant allusion à l'évolution de l'ulcus.

Pour Mathieu, l'hémorragie étant un des meilleurs signes de probabilité de l'ulcus, le diagnostic de cette lésion reste souvent incertain tant que le sang n'a pas été constaté dans les vomissements ou les selles « ... Si l'ulcus peut être présumé avec un grand degré de probabilité, dit-il, en l'absence de toute hémorragie reconnue, lorsqu'il existe un syndrome de Reichmann très net ou encore lorsqu'il se produise des complications, telles que la perforation ou la péri-gastrite, il n'en est pas de même en dehors de ces conditions... Assez souvent l'intensité et la persistance des douleurs tardives peuvent faire soup-

çonner l'existence d'un ulcère, mais il persiste une incertitude que la constatation de l'hyperchlorhydrie ne lève pas complètement. »

Lisons le XIII^e^ fascicule du *Nouveau Traité de Médecine* « ... Tantôt l'ulcus gastrique se manifeste brusquement par l'hématémèse et une perforation ; d'autres fois, le passé du malade est très riche de troubles gastriques, remontant à son adolescence ou à son enfance, ou dont on trouve même la génèse dans une hérédité gastrique manifeste. Dans ces cas les symptômes qu'il a présentés, peuvent être ceux d'une dyspepsie banale, en général à forme hyperchlorhydrique avec fringales et brulures tardives. Mais il arrive aussi qu'il ait eu des accidents plus graves, des crises douloureuses avec vomissement, considérées comme de simples indigestions. On est en droit de les considérer comme les premières manifestations de l'ulcère, qui, dans cette hypothèse aurait eu des phases d'activité interrompues par de longues périodes d'accalmie, de cicatrisation au moins partielle et d'accalmie... Un troisième mode de début tient le milieu entre ceux que nous venons de décrire. Le malade présente depuis seulement quelques semaines ou quelques mois, des symptômes brûlures, douleurs, régurgitations acides, qui peuvent avec vraisemblance être rattachés à une cause initiale : changement de profession ou de régime, maladie générale, traumatisme ». Après cette description voici à quoi pensent les auteurs, quant aux détails cliniques d'un ulcère confirmé.

« ... Le matin à son réveil, avant toute digestion d'aliments, le malade ne souffre généralement pas. Mais après son petit déjeuner, tantôt immédiatement après, tantôt deux ou trois heures plus tard, il ressent des tiraillements, des brûlures ou de véritables douleurs.

« Le repas de midi les apaise, mais momentanément, et les mêmes phénomènes réapparaissent l'après-midi pour se calmer le soir, avec le diner, et souvent réapparaissent dans la nuit... Ce sont en résumé des manifestations douloureuses assez semblables, par leur périodicité, leur nature et leurs mécanismes, à celles de l'hyperchlorhydrie simple, mais qui en diffèrent ici en ce que les douleurs ne sont pas provoquées seulement par l'hypersécrétion, et de la rétention momentanée d'un suc hyperacide, mais aussi : soit par le contact de ce suc anormal ou des aliments avec une muqueuse ulcérée, soit par les contractions spasmodiques du pylore et leur retentissement sur la plaie.

« Il en résulte que les douleurs sont plus irrégulières dans leur apparition. Elles peuvent être immédiates ou précoces, et se traduisent alors au moment même où les aliments sont ingérés, ou dès la fin du repas, ou au contraire semi-tardives. Elles sont souvent prolongées, et ne laissent au malade que peu de repos. Elles peuvent se montrer par crises de quelques jours, répondant à un écart de régime ou à une exacerbation de la plaie. Enfin elles acquièrent souvent une acuité extrême, atroce, sous

forme de brûlure, de crampe, de sensation de torsion, de douleur lancinante et transfixante, en coup de poignard. »

Ici, il en est encore de même, malgré que la description soit imprégnée d'une façon évidente, du caractère rythmique de la douleur tardive dans le temps, portant l'empreinte certaine du diagnostic, n'est à peine signalée.

En 1906, Soupault décrivait la lésion de la façon suivante : « ... Chez beaucoup de malades, la gastropathie évolue par périodes plus ou moins espacées, plus ou moins intenses et de durée plus ou moins longue. Parfois, dans leur intervalle tout trouble dyspeptique disparaît complètement et le retour à la santé est absolu sans qu'il soit nécessaire de prendre aucun ménagement. Mais souvent aussi l'estomac peut être délicat, susceptible, demandant un traitement et un régime sévère sous peine de se révolter. D'ailleurs, on voit le plus souvent les périodes d'intermittence s'espacer et devenir moins longues et les crises augmentent au contraire de fréquence et de gravité.

Cette évolution morbide est surtout fréquente dans les gastropathies à lésions, dans lesquelles le système nerveux joue un rôle important ; elle est la règle dans la maladie de Reichmann qui n'est, en somme, qu'une forme fruste de l'ulcère rond de Cruveilhier et qui peut évoluer de cette façon pendant plus de dix ou quinze ans et plus... » Pour Soupault, la douleur tardive est assez fréquente

dans l'ulcus gastro-duodénal. Il insiste sur les périodes de douleurs et d'accalmies, et de plus il considère l'ulcus comme l'épine provocatrice du syndrome de Reichmann, que : Hartmann et Soupault, à juste titre ultérieurement, ont superposé et identifié avec l'ulcus. Malgré la clarté qu'il a apporté avec Hartmann à la lumière du syndrome de Reichmann, Soupault ne mentionne même pas le rythme de la douleur dans le temps et il aboutit à une incertitude au point de vue de diagnostic.

Jusqu'ici nous avons étudié les travaux de Cruveilhier, Bucquay, Dieulafoy, Hayem, Mathieu, Soupault, etc., ayant trait à l'étude de l'ulcus gastro-duodénal, et nous avons vu que, si certains auteurs avaient plus ou moins effleuré la question qui nous intéresse ici, d'autres ne l'avaient même pas signalée.

Mais il serait très injuste de ne pas mentionner la contribution de Moynihan qui précise nettement la question et dit : « L'ulcère se révèle par des symptômes dont le caractère essentiel et l'alternance de la maladie et de la santé ; autrement dit, le syndrome de l'ulcus est constitué par les périodes de crises séparées par des intervalles de calme et de guérison apparente »

Enriquez et Durand aussi, signalent et s'arrêtent sur le caractère net du rythme dans le temps de la douleur, dans leur *Traité de Pathologie interne*. « ... Si aucun des éléments du syndrome dyspeptique de l'ulcère n'est propre à cette lésion, en re-

vanche la périodicité des crises douloureuses avec ou sans vomissement est un des plus sûrs éléments de diagnostic d'ulcère, même en l'absence d'hémorragie. Il n'y a guère que dans l'ulcère gastro-duodénal que l'on observe, dans toute sa netteté, la périodicité des crises avec les phases intercalaires de sédation tranchée. »

De même, quand on parcourt les comptes rendus des leçons faites par le Pr Carnot à la consultation de gastro-entérologie de l'Hôpital Beaujon, on trouve que la question de périodicité des douleurs tardives est bien étudiée.

« ... L'ulcus, dit-il, est une ulcération qui tend vers la chronicité et qui se caractérise cliniquement par des crises douloureuses successives, séparées par des rémissions. Ce qu'il faut se présenter, c'est que ce processus inflammatoire continue, à marche lente, qui, au point de vue clinique, se manifeste à certaines périodes, par des poussées douloureuses, séparées les unes des autres par des intervalles d'accalmie plus ou moins éloignés. Si certains ulcus ont une évolution éphémère et peuvent (le fait n'est pas douteux) se cicatriser, la plupart évoluent durant de longues années. Lorsqu'on se donne la peine d'interroger avec soin les ulcéreux d'âge adulte, on reconnaît fréquemment que le début des accidents douloureux remonte à dix à vingt ans et on reconstitue facilement cette évolution par poussées successives, qui témoigne l'activité persistante de l'ulcus. L'ulcus doit être suspecté

dans toute gastropathie, qui évolue sous le mode suivant : crises douloureuses, séparées par des rémissions. Une hémorragie intestinale abondante peut être le premier et l'unique symptôme d'un ulcus duodénal latent... Les douleurs quand elles existent sont : très vives, térébrantes, quelquefois calmées par l'ingestion d'une gorgée de liquide ou de n'importe quel aliment. Elles ne sont généralement pas atténuées par l'usage des alcalins. »

Comme chez la plupart des auteurs, ici encore, malgré la netteté de description, les périodes douloureuses de l'ulcus sont étudiées dans le chapitre de l'évolution de l'ulcus, rattachant ainsi le caractère évolutif de l'ulcus à l'évolution même de la maladie qu'à son diagnostic.

CHAPITRE IV

ÉTUDE D'ENSEMBLE

Malgré tout, il ne nous semble pas qu'on ait attaché, sauf les quelques exceptions citées, une importance primordiale, non pas, au point de vue de l'évolution, mais surtout au point de vue du diagnostic de l'ulcus gastro-duodénal, que mérite le rythme de la douleur dans le temps.

On sait combien souvent le malade qui est atteint de côlite, appendicite, lithiase vésiculaire, périviscérite et surtout d'ulcus gastro-duodénal, signale des douleurs tardives.

La douleur tardive est la plainte la plus fréquente du dyspeptique. Et nous n'entendons pas par là seulement la douleur, brûlure, crampe, survenant plus ou moins longtemps après les repas, si nette, si franche, si caractéristique et précise, localisée plus ou moins nettement à l'épigastre et, de même, les sensations encore plus vagues de malaise, de poids, de gêne, de gonflement, d'étouffement, vertige et bouffée de chaleur de la face, à la condition absolue naturellement, de survenir un certain temps après les repas, et à la condition aussi, ajoutons-nous volontiers, d'être calmées, ou au moins améliorées

nettement par l'absorption d'alcalin ou de simples aliments.

De même, nous estimons, qu'il existe des douleurs tardives lorsque, chez un malade qui se plaint de poids, gêne, malaise, gonflement, aussitôt après les repas et durant un temps plus ou moins long après ceux-ci — syndrome sensitivo-moteur de Mathieu — on voit survenir à horaire plus ou moins tardif, des brûlures, crampes, torsion, ou une exacerbation nette de diverses sensations éprouvées pendant toute la période qui suit le repas, avec le caractère secondaire d'être calmées par les alcalins.

C'est ainsi, qu'un certain nombre de malades souffrant périodiquement par des sensations vagues de malaise, de gonflement, etc., sont étiquetés : dyspeptiques, névropathes, hyperchlorhydriques, aérophages, etc., mais qui sont en réalité des ulcéreux dissimulés, selon la dénomination de Loeper.

En somme, ce qui a pour nous une réelle importance : c'est non pas la quantité de la sensation, mais c'est son moment dans le temps et sa sensibilité aux alcalins.

Par contre nous ajoutons que la localisation dans l'espace n'a pas de valeur à notre avis. Un fait est là, qui seul nous intéresse : le malade se plaint de sensations plus ou moins pénibles, plus ou moins douloureuses, survenant ou s'exagérant nettement un certain temps après les repas, et qu'atténue, ou fait disparaître, une prise d'alcalin ou d'aliments. C'est ce que nous appelons la douleur tardive.

Or, si nous interrogeons avec soin, et minutieusement ces malades atteints de douleur tardive, nous voyons que nous pouvons les ranger dans deux grandes catégories suivant le rythme dans le temps de la douleur tardive.

En effet, dans un premier groupe nous trouvons des malades qui se plaignent des souffrances par périodes plus ou moins longues, mais dépassant quatre à cinq jours, atteignant huit, dix, quinze, trente jours et plus, séparées par des périodes, prolongées de même pendant plusieurs jours, plusieurs semaines et plusieurs mois, et durant lesquelles, les malades ne souffrent plus ou bien quasi plus, au point même que certains mangent, boivent de tout, font des excès, sans éprouver le plus petit malaise.

Si les malades souffrent depuis longtemps, les périodes douloureuses ont pu devenir de plus en plus longues et même arrive un moment où l'on voit les malades souffrir constamment depuis des mois. Mais on trouve toujours à l'origine ce fait caractéristique : des périodes prolongées de douleur, nettes, précises, séparées par des périodes, prolongées aussi, de calme absolu ou à peu près.

Mais il y a plus. Durant la période douloureuse le malade souffre régulièrement tous les jours. Certes les douleurs peuvent être à certains jours moins vives, mais il n'est pas de jour, pendant la période douloureuse, où le malade ne souffre pas tous les jours ; aux mêmes heures, il sent revenir ses dou-

leurs. Enfin dans les cas les plus accusés, c'est après tous les repas que survient la douleur. Certes, c'est après le déjeuner de midi qu'elle se présente le plus souvent ou avec le plus d'intensité, mais on la retrouve aussi vers 10 à 11 heures du matin et aussi la nuit vers minuit.

En tout cas, ce qui est typique dans ce premier groupe, c'est l'alternance de périodes prolongées : et de silence, et de douleurs tardives rigoureusement journalières.

Au contraire, dans le second groupe, il en va tout autrement. La douleur a bien l'horaire tardif comme apparition dans le cours de la journée, mais elle n'est plus journalière, ni périodique.

Ou bien elle est constante : c'est tous les jours depuis des mois, des années, que le malade se plaint de sa douleur, il n'existe jamais de période d'accalmie. Ou bien — ce qui est plus fréquent —, elle est irrégulière, c'est-à-dire qu'elle survient un jour et pas le lendemain, deux, trois jours, pour disparaître un jour, deux ou plus.

Parfois elle apparaît aussi par périodes : c'est-à-dire que le malade reste un temps prolongé sans souffrir, et puis la douleur revient pendant un certain laps de temps; mais, durant la période douloureuse — toujours longue en général — ce n'est pas tous les jours qu'elle survient, mais bien avec la même irrégularité sur laquelle nous insistons. Cette arythmie dans le temps est la caractéristique de ce second groupe.

Nous ajoutons même que, dans ce groupe, cette arythmie est, en général, encore plus complète en ce sens que l'heure de la douleur, sa forme, son intensité, sont beaucoup moins fixées. Mais c'est ici un caractère secondaire qui n'est pas typique, comme l'arythmie dans le temps des jours de douleur.

Or, pour nous, le malade du premier groupe est atteint d'une lésion gastrique ou duodénale organique et celui du second groupe est très vraisemblablement atteint d'une dyspepsie essentielle, secondaire à une lésion d'un autre organe abdominal ou même possiblement extra-abdominale.

L'étude du rythme de la douleur tardive, a pour nous, fait ainsi, au point de vue de diagnostic, une valeur considérable et sur laquelle nous pensons qu'il y a lieu d'insister particulièrement.

Est-ce à dire qu'il s'agit d'un signe rigoureusement et complètement pathognomonique? Qu'on ne nous fasse pas dire cela. Ce serait dépasser notre pensée. Nous y attachons une valeur énorme, mais pas au point tout de même d'annihiler notre discussion critique.

Et d'abord, en effet, deux affections peuvent présenter un rythme assez semblable et induire en erreur un observateur trop superficiel ou trop théorique; nous voulons parler des crises gastriques tabétiques et des accidents cyclothymiques.

Dans les crises tabétiques, les douleurs se présentent par périodes plus ou moins longues, séparées par des périodes, prolongées aussi, d'accalmie

complète. Et le fait que certains ulcus revêtant le syndrome de la crise tabétique n'est pas pour simplifier le diagnostic. Mais, en plus que dans la crise gastrique tabétique il n'y a pas de signes objectifs d'ulcus et, au contraire, de signes de syphilis et de tabès, nous ajoutons volontiers que la douleur dans la crise gastrique tabétique n'a pas, dans la majorité des cas, les caractères de la douleur tardive, ce qui nous intéresse plus spécialement.

On sait que, chez certains nerveux dits cyclothymiques, les symptômes dont ils se plaignent ont pour caractère de se présenter avec une réelle périodicité. Si donc de tels malades souffrent d'accidents dyspeptiques, ceux-ci pourront sembler posséder le rythme dans le temps auquel nous attachons tant d'importance pour le diagnostic d'ulcus gastro-duodénal.

Mais, en plus qu'on ne trouve ici aucun des signes objectifs d'ulcus, les douleurs que décrivent les malades sont loin d'être des douleurs tardives typiques, et enfin durant la période douloureuse, elles n'ont pas le caractère auquel nous attachons une si grande valeur, à savoir, d'être rigoureusement journalières.

Ces deux variétés de douleurs périodiques éliminées, nous estimons que tout syndrome de douleurs tardives journalières se produisant par périodes prolongées, et séparées par des périodes de calme, est à peu près pathognomonique d'ulcus gastro-duodénal.

Nous serions moins affirmatif pour éliminer l'ulcus

au cas où les douleurs tardives sont irrégulières. Ici il faut se montrer plus circonspect, et tel nerveux, tel malade faisant des excès alimentaires, ou abusant d'alcalins ou des traitements calmants, tel porteur d'ulcus avec complication ou association d'autres affections, d'ulcus à localisation rare, surtout éloigné du pylore, se présentera avec un syndrome assez perturbé, pour qu'on ne trouve plus dans toute sa pureté de rythme dans le temps sur lequel nous insistons. Mais ces cas ne sont pas très fréquents tout en n'étant pas négligeables. Et l'observateur averti ne manquera pas d'y songer.

Aussi nous permettons-nous d'avancer que le syndrome de douleur tardive régulièrement journalier et périodique est, pour nous, un symptôme typique d'ulcus gastro-duodénal, sans qu'il y ait une comparabilité mathématique, tant pour la durée des périodes douloureuses, qui peuvent excéder les trente jours, que pour les intervalles d'accalmie qui n'ont rien d'absolu quant à leur durée sans être inférieur à huit à dix jours et durant beaucoup plus longtemps.

Au contraire, le syndrome de douleur tardif, irrégulier, plus ou moins constant ou même revenant par périodes, nous portera à éliminer l'ulcus et à penser plutôt à une dyspepsie essentielle ou secondaire à une lésion abdominale : lithiasique, vésiculaire, appendiculaire, côlitique, génitaux, nerveux ou ptosiques ; ou même à une lésion extra-abdominale, cardiaque, pulmonaire, radiculaire, etc.

CHAPITRE V

OBSERVATIONS

Voici des histoires clinique typiques d'ulcus gastro-duodénal avec le rythme particulièrement pathognomonique.

OBSERVATION I

Ulcus du duodénum
avec douleur tardive extra-épigastrique.

Mme Bl..., 56 ans.

Vient consulter pour la première fois en janvier 1926. Depuis quatre ans la malade souffre par périodes, mais depuis deux ans souffre de plus en plus.

La première crise, en 1924, dure quarante-cinq jours, avec commencement d'une diarrhée post-prandiale qui dure six mois.

La deuxième crise, en 1925, dure trente-cinq jours avec un gros amaigrissement.

La troisième crise en janvier 1926, dure déjà depuis un mois, pour laquelle elle vient consulter. D'après l'histoire on voit que les périodes douloureuses reviennent une fois par an, séparées par une longue période d'accalmie.

Pendant les périodes douloureuses la malade souffre

rigoureusement tous les jours. La douleur est rythmée par les repas. Elle survient trois à quatre heures après, une sorte de gêne, rongement fatigant, narcolepsie, une douleur localisée au dos en demi-ceinture postérieure et le maximum à la hauteur du foie.

Elle n'a jamais souffert à l'épigastre.

La douleur dure une heure ou deux, mais se calme momentanément par l'ingestion d'alcalins ou d'aliments.

Pas de vomissements, quelques nausées, peu de gaz et régurgitations avec une salivation abondante.

Pas de constipation, selles faciles sans laxatif. Appétit bien conservé. Jamais grand faim en dehors des crises.

Rien à signaler comme antécédents personnels et héréditaires, sauf les maladies d'enfance et un père alcoolique.

A l'examen : langue belle, dents arrangées, tachyphage, ventre volumineux sans fibrome, légèrement sensible, légère sensibilité épigastrique profonde; ni défense, ni clapotage, ni flot ; signe de Glénard positif.

La pression de la région épigastrique, vésiculaire et duodénale réveille une douleur dans le dos.

La malade est réexaminée plusieurs fois par période de trois à quatre mois, les périodes douloureuses sont écourtées et surtout sont plus atténuées d'intensité grâce au régime, aux alcalins et au bismuth, etc.

Devant cette histoire clinique, malgré la localisation extra-épigastrique de la douleur, l'évolution pathognomonique par période douloureuse et d'accalmie seule, permet le diagnostic.

Les radiographies et radioscopies faites en série montrent une déformation du bulbe avec une belle image d'ulcus duo-

dénal sur la petite courbure avec spasme de la grande courbure.

OBSERVATION II

Ulcus gastrique de la grande courbure avec dilatation gastrique, hypersécrétion et constipation.

M. Led..., 59 ans.

Examiné pour la première fois en juillet 1927.

Le début de ses troubles gastriques remonte à vingt-cinq ans.

Jusqu'à 1926 il souffrait par périodes de un à deux mois, séparées par des périodes d'accalmie quasi parfaites de cinq à six mois. Pendant les périodes douloureuses il souffre absolument tous les jours avec une alternative d'intensité plus ou moins variable, tardivement après les repas.

Depuis un an, les crises douloureuses se sont rapprochées. Il ressent une sorte de crampe, à localisation vague pré-épigastrique, rarement matinale, mais plus souvent nocturne, calmée par l'ingestion des aliments ou des alcalins, et même quelquefois par des renvois.

Constipation opiniâtre, surtout marquée depuis deux mois, accompagnant la dernière crise, et n'obéissant qu'aux lavements.

Pas de vomissements, ni nausées mais quelques renvois. Appétit conservé sans dégoût électif, mais amaigrissement marqué.

Antécédents personnels. — Très nerveux, émotif, peu irritable, phlébite à 40 ans, bradyphage; ni alcool, ni tabac.

Antécédents héréditaires. — Mère dyspeptique, père alcoolique.

A l'examen: amaigrissement de 15 kilos, édenté, tachyphage, langue belle, sensibilité épigastrique notable avec défense du muscle grand droit, clapotage et flot à jeun, pas de contractions péristaltiques, pas de tumeur perceptible. Abdomen normal sauf une arborisation variqueuse intense, occupant l'espace de la fosse iliaque gauche jusqu'aux fausses côtes correspondantes. Foie normal.

En présence de la périodicité nette dans le temps, et la sensibilité des douleurs tardives aux alcalins, on a posé le diagnostic certain d'un ulcus, confirmé par les rayons.

Les radiographies et radioscopies faites en série, montrent une poche à air considérable, stase à jeun, hypersensibilité au cours du repas d'épreuve, bas fond de l'estomac en cuvette. Une douleur à l'antre, pendant toute la durée de l'examen. Sur la grande courbure, vers sa partie moyenne, une encoche en niche typique.

OBSERVATION III

Ulcus duodénal forme hémorragique avec début de sténose et perforation ensuite.

M. S..., 50 ans.

Examiné pour la première fois en février 1925 pour une hémorragie importante.

Le début de ces troubles est récent, depuis quinze mois seulement, caractérisé par une légère dyspepsie, sorte de

poids douloureux, et c'est tout. Mais, déjà il souffrait par période de quinze à vingt jours, tous les jours, et tardivement après les repas. Les périodes d'acalmie durant de vingt à trente jours étaient presque satisfaisantes. La gêne n'était pas tout à fait calmée durant l'accalmie, néanmoins il ne s'occupait pas de son estomac.

Déjà il a fait deux accidents d'hémorragies importantes, qui ont parfaitement obéis à un régime sévère, au repos absolu et à un traitement de bismuth et kaolin.

L'examen des selles fait à plusieurs reprises reste négatif. Un jour, après un lavement évacuateur donné le matin, il fait une hémorragie quatre heures après le déjeuner, continuant jusqu'au lendemain matin 6 heures, accompagnée d'une crise douloureuse atroce.

Constipation fréquente.

Rien à signaler comme antécédents.

Tempérament nerveux et tachyphage.

A l'examen, gros amaigrissement par privations et crainte de provoquer une douleur ou hémorragie, édenté, langue chargée, clapotage et flot à jeun, sensibilité épigastrique notable, défense du grand droit droit, pas de tumeur, point appendiculaire sensible.

Quinze jours plus tard le malade est réexaminé, il souffre encore, surtout la nuit depuis deux jours, cette douleur qui a disparu est revenue dix jours après. Pendant ces crises douloureuses il souffre tous les jours et quatre à cinq heures après les repas. Encore une fois le régime, le repos, les alcalins et le bismuth ont calmé la douleur.

Appétit médiocre, pas de vomissements, ni nausées.

Depuis quelques jours, une violente douleur épigastrique

persiste accompagnée d'une constipation résistant à la Coréine et aux paraffines

L'examen des selles est toujours négatif.

A ce nouvel examen, sensibilité épigastrique et la défense du grand droit droit exagérée, péristaltisme nettement perceptible trois heures après les repas, marquant un début de sténose.

Devant ce tableau typique d'histoire d'ulcus avec le rythme de la douleur et la sensibilité aux alcalins, on n'a pas hésité à poser le diagnostic, surtout appuyé par les hémorragies.

Les radiographies et radioscopies faites en série montrent un ulcus typique de la deuxième portion du duodénum.

Le 10 novembre 1927, brusquement des douleurs atroces, réapparaissent durant toute la journée, atteignant leur maximum vers le soir : ventre de bois, et sensation d'écoulement du liquide dans le ventre perçu par le malade.

A l'opération faite tardivement, on trouve une perforation nette au niveau de l'ulcus, présence d'une certaine quantité de liquide dans la cavité abdominale, le malade succombe.

OBSERVATION IV

Ulcus juxta-pylorique minuscule avec maximum de douleur, greffé sur un terrain dyspeptique, à douleur tardive, avec une appendicite chronique.

M. L..., 41 ans.

Le malade est examiné, pour la première fois, en Juin 1925.

Il souffre de son estomac depuis 1911.

En 1911, des douleurs dyspeptiques ont duré pendant dix-huit mois, très intenses, sans périodicité, toujours tardivement après les repas et sans période d'accalmie, cédant par moment à une période ininterrompue par des douleurs supportables, calmées momentanément par les alcalins et par quelques régurgitations sans vomissements.

En 1915, crise douloureuse continue, très intense, consécutive à des vomissements alimentaires, incoercibles, durant quarante-huit heures et cédant à un vomissement liquide, filant, répété à tous propos (dégoût, odeur désagréable, etc). Cet état nauséeux continue jusqu'en 1919 avec une douleur épigastrique presque constante.

Au début, en 1919, nouvelle exacerbation des douleurs tardives atroces de toute la région épigastrique coïncidant avec l'arrêt de diarrhées profuses, — 13 à 14 selles par jour, — dont il souffrait depuis deux semaines. Jamais de sang : ni dans les selles, ni dans les vomissements.

Amaigrissement très notable.

En 1920, nouvelle crise de douleur atroce, sans diarrhée avec des vomissements liquides.

En 1923, encore une crise atroce, ne cédant qu'aux piqûres de morphine.

Depuis 1915, pendant les crises douloureuses, il souffre tous les jours, sans exception, tardivement, après les repas, durantquinze jours à deux mois, ou deux mois et demi, entrecoupées par des intervalles d'accalmie de temps très variable.

Actuellement, en février 1925, il souffre constamment depuis quinze jours, d'une douleur sourde, à horaire tardif,

assez irrégulier, mais rigoureusement journalier, avec quelques vomissements et diarrhées, mais parfois sans selles pendant huit à dix jours consécutifs.

Appétit conservé.

Rien à signaler comme antécédents.

Weber négatif.

A l'examen : langue belle, édenté, réflexes normaux, sensibilité épigastrique, et défense du grand droit droit, clapotage notable cinq heures après le repas.

En présence d'une telle histoire typique et longue, de périodicité rythmique dans le temps, le diagnostic s'interposait, et en effet :

Les radiographies et radioscopies faites en série montrent : une stase importante de six heures avec une alternative de repos et d'hyperkinésie ; un ulcère siégeant au niveau du bord supérieur de l'antre pylorique tout près du pylore, avec une déformation du bulbe duodénal.

En juin 1926, à l'opération, on trouve un ulcus minuscule, duodénal sur le versant pylorique. Gastro-entérostomie postérieure et appendicectomie avec bonnes suites.

OBSERVATION V

Ulcus pylorique chronique à rechutes avec ptose, marchant vers la sténose.

M. Wil..., 67 ans.

Examiné pour la première fois en décembre 1926. Souffre de l'estomac depuis vingt ans, par périodes. Depuis l'an dernier, les périodes se sont rapprochées et l'intensité de la

douleur augmente de plus en plus. Les examens radioscopiques et radiographiques répétés à six mois d'intervalle ont montré, d'abord, la présence d'un ulcus pylorique, et ensuite, à la place une cicatrisation.

Les périodes douloureuses durent deux ou trois semaines, même deux mois, se reproduisent après des périodes d'accalmie, presque de même durée, mais sans être parfaitement indolores comme autrefois.

Pendant les périodes douloureuses le malade souffre tous les jours, sans exception, tardivement après les repas, quatre à cinq heures environ. C'est une sorte de gêne, torsion, avec quelques vomissements pituiteux ou renvois, qui soulagent le malade momentanément comme d'ailleurs : le régime, le repos et les alcalins.

Antécédents personnels. — Fièvre typhoïde, grippe intestinale, repas irréguliers, sans alcool ni tabac. Constipation, nerveux, émotif, irritable, dépression triste, surtout pendant les crises.

A l'examen : édenté, langue chargée, Glénard positif, sensibilité épigastrique et défense du grand droit droit nette.

Une histoire clinique schématique pareille, avec la périodicité de la douleur dans le temps, et sa sensibilité aux alcalins nous a obligé à poser le diagnostic d'ulcus.

Les radiographies et les radioscopies faites en série, montrent un ulcus pylorique typique avec début de sténose.

OBSERVATION VI

Ulcus pylorique à forme hémorragique chez une spécifique.

Mme Coq..., 48 ans.

Examinée pour la première fois en Décembre 1927. Souffre de son estomac depuis cinq ans.

Début : un jour, après un excès alimentaire, elle est prise de violentes douleurs continues durant deux jours et brusquement suivies d'une hémorragie importante par la bouche et par l'intestin. En quinze jours elle se remet, mais reste pâle avec 20 kilos d'amaigrissement. Elle se soigne régulièrement pour sa spécificité.

Depuis deux ans les douleurs sont plus accusées, mais momentanément calmées par les alcalins.

En Février 1926, nouvelle crise douloureuse et hémorragie violente. A cette nouvelle crise elle est opérée ; à l'opération on libère seulement les adhérences de périduodénite, sans gastro-entérostomie. Mais elle continue à souffrir après l'opération, de la même façon.

Le 26 Novembre 1926 : gastrorragie et mœlèna, suivis de douleur avec nouvel amaigrissement et pâleur extrême. Les périodes douloureuses actuelles durent quinze jours, trois semaines, alors qu'au début de la maladie elles se reproduisaient une à deux fois par an. Pendant les périodes douloureuses, la malade souffre rigoureusement tous les jours. La douleur a un horaire rythmé par le repas, survenant trois à

quatre heures après. C'est une sensation de gêne douloureuse du côté droit, du thorax.

Pas de vomissements sauf les gastrorragies, pas de constipation, appétit moyen.

Entre les crises, pendant les périodes de calme, elle ne souffre presque pas, mange de tout, oubliant même, son estomac.

Depuis un an, pas de vraies douleurs, mais il y a un mois, reprise de la gêne et des douleurs tardives journalières avec trois à quatre selles, surtout la nuit ; et depuis quatre jours, elle ne souffre plus, même sans traitement.

Antécédents personnels. — Rien à signaler, sauf la tachyphagie et une nervosité extrême.

A l'examen : édentée, langue un peu chargée, pas de sensibilité épigastrique, pas de défense, réflexes normaux, léger clapotage et ballonnement.

Le caractère typique de la douleur tardive, enrichi des hémorragies à répétition n'a pas permis d'hésiter et le diagnostic d'un ulcus a été posé.

En effet, les radiographies et les radioscopies faites en série ont montré une déformation atypique du duodénum avec aspect annulaire de l'antre, et un ulcus typique pylorique avec une périduodénite marquée.

OBSERVATION VII

Ulcus gastrique de la grande courbure avec côlite à Lamblias

M. Mar., 45 ans.

Examiné pour la première fois en Juin 1917. Souffre de l'estomac depuis dix-huit ans, par périodes. Ces périodes

durent huit jours à trois semaines avec douleur journalière, tardivement après les repas, mais surtout la nuit vers 2 à 3 heures du matin. C'est une sorte de torsion douloureuse épigastrique, avec renvois, sans vomissements ni nausées. Les douleurs sont notablement calmées par les alcalins et les aliments. Les périodes calmes sont relativement bonnes, ne nécessitant pas de médication, ni de régime, et durant de quinze jours à un mois.

Pas de constipation ; au contraire des selles faciles, plutôt liquides, trois à quatre fois pendant les crises et deux à trois fois durant les périodes d'accalmie. Appétit conservé, poids variable avec les crises, bradyphage sans excès.

Antécédents personnels. — Grippe, scarlatine, facilité habituelle des selles.

A l'examen : dents arrangées, langue belle, sensibilité épigastrique avec défense du grand droit droit. Foie sensible, pas de clapotage ni flot.

Examen des matières : putrification, présence de Lamblias, Weber et Meyer négatifs.

La périodicité de la douleur tardive, suivie des périodes d'accalmie et sa sensibilité aux alcalins a imposé le diagnostic d'ulcus.

Les radiographies et les radioscopies faites en série montrent un ulcus typique de la grande courbure.

OBSERVATION VIII

Ulcus du duodénum. Sténose au début chez un hypertendu.

M. C..., 59 ans.

Consulte pour la première fois le 15 janvier 1925. Souffre depuis dix ans de son estomac, par périodes. Les douleurs, tout à fait au début, étaient facilement calmées par le régime et la médication alcaline, aussi bien que les périodes douloureuses écourtées, mais elles sont redevenues plus intenses il y a six semaines, pendant les périodes douloureuses. Il souffre tous les jours, quatre à cinq heures après les repas : sorte de crampe, de torsion, tiraillement, gêne et surtout une brûlure à la base du thorax, soulagées momentanément souvent par des régurgitations très acides, des aliments et les alcalins.

Jamais de sang, pas de vomissements, pas de constipation.

Appétit conservé. Faim vertigineuse constante, s'accentuant pendant les périodes d'accalmie.

Entre les crises, les périodes d'accalmie sont presque parfaites et durent trois à quatre semaines, quelquefois quatre à cinq mois, voire même un an.

Antécédents personnels. — Tachyphage, beaucoup de pain au repas, alcool et tabac sans exagération, selles toujours régulières, extrêmement nerveux, surtout depuis un an, fièvre typhoïde à 14 ans, ictère grave en 1903.

Antécédents héréditaires. — Père mort jeune de bacillose. Mère morte d'un abcès dans l'aine, une sœur morte tuberculeuse.

Wassermann négatif : Azotémie à 0,54.

A l'examen : langue chargée, édentés mais arrangé, réflexes oculaires diminués, sensibilité épigastrique marquée, défense du grand droit droit, pas de tumeur perceptible, peu de clapotage, pas de ganglion de Troizier. Tension artérielle Mx 30. Mn 9 au Pachon.

Ici encore, le caractère rythmique des périodes douloureuses dans le temps et la sensibilité de la douleur aux alcalins ont imposé le diagnostic clinique d'ulcus.

Les radiographies et radioscopies faites en série montrent une hypersécrétion à jeun, un feston de la grande courbure, hyperkinésie gastrique avec une évacuation accélérée, enfin un état spasmodique de l'antre pré-pylorique. On a constaté une encoche très profonde de la grande courbure du bulbe duodénal, constante sur toutes les cinq radiographies faites en position debout.

Le segment initial de la deuxième portion du duodénum est rétréci, correspondant aux adhérences périduodénales, vraisemblablement développées au voisinage de l'ulcus de la grande courbure duodénale.

Pas de douleur nettement localisée au niveau de l'ulcus.

OBSERVATION IX

Ulcus pyloro-duodénal chez un ancien dyspeptique avec des crises d'appendicite et de cholécystite.

M. Th..., 42 ans.

Consulte pour la première fois le 24 octobre 1925. Depuis son enfance souffre d'une aigreur dans la bouche, sans horaire

mais journalière, améliorée par le bicarbonate de soude, mais difficilement.

A 28 ans, pendant le service militaire, cette aigreur était plus accentuée.

Grand tachyphage, repas très irréguliers, selles faciles et fréquentes autrefois, grand constipé, actuellement appétit conservé, pas de vomissements, ni nausées, ni renvois. Depuis deux ans souffre après les repas.

En janvier 1924 les douleurs deviennent intolérables et présentent le caractère tardif : deux, trois, quatre heures après les repas, rigoureusement journalières pendant les crises, qui durent quinze à quarante jours entrecoupées par des intervalles d'accalmie durant de même quinze jours à trois mois.

Antécédents personnels. — Scarlatine, fièvre typhoïde à douze ans, tabagisme, peu nerveux, mais émotif ou instable, une fille dyspeptique.

Antécédents héréditaires. — Grand'mère morte de néoplasie. Père mort après une hémorragie, suite d'ulcus gastrique à 44 ans. Mère morte à 47 ans d'un néo de l'estomac généralisé, dyspeptique toute sa vie.

A l'examen : Langue assez belle, sensibilités épigastrique et iliaque exagérées, grand droit droit sensible, sans défense, pas de clapotage, réflexes légèrement exagérés, pâleur de la face et des téguments remarquable.

Weber négatif.

Le rythme périodique des douleurs tardives évoluant sur un terrain dyspeptique, entrecoupées par des périodes d'accalmie, et la sensibilité des douleurs aux alcalins ont imposé le diagnostic d'ulcus.

Les radiographies et radioscopies faites en série montrent un léger retard et un résidu liquide clair après les heures des repas. Bulbe duodénal avec un petit éperon au bord externe, douleur pyloro-duodénale localisée.

OBSERVATION X

Ulcus duodénal minuscule chez un spécifique.

M. Deb., 38 ans.

Examiné pour la première fois en Avril 1924. Souffre de son estomac depuis 1912, par périodes de dix à quinze jours entrecoupées de périodes d'accalmie de plusieurs mois.

Pendant les périodes douloureuses il souffre rigoureusement tous les jours, quatre à cinq heures après les repas, et l'ingestion des aliments et des alcalins calment les souffrances momentanément. Les périodes d'accalmie sont tellement indolores qu'il mange de tout sans aucune gêne.

Depuis quarante jours il souffre continuellement de la même façon, peut-être un peu plus, avec beaucoup de gaz et sialorrhée. Pas de vomissements, ni nausées, mais quelques renvois. Appétit conservé, sans dégoût électif et gros amaigrissement. Selles régulières sans mœlena.

Antécédents personnels. — Très nerveux, irritable, alcoolique, tabagisme, gros mangeur.

Antécédents héréditaires. — Mère cardiaque et paralytique, 12 enfants, 8 morts en bas-âge et quelques fausses couches.

A l'examen : dents bonnes, langue belle, sensibilité épigastrique marquée à droite, résistance profonde sous le rebord

costal droit, où l'on révèle une douleur vive à la palpation respiratoire. Défense du grand droit droit nette. En se basant sur le rythme de la douleur dans le temps sur lequel nous insistons, rien n'était plus facile que de poser le diagnostic d'ulcus.

Les radiographies et les radioscopies faites en série montrent le bas-fond de l'estomac à quatre travers de doigt au-dessous de la ligne bi-iliaque, spasme pylorique très marqué pendant l'examen. Sensibilité à l'antre pré-pylorique péristaltisme violent, crise d'hyperkinésie et d'atonie. Aspect particulier pré-pylorique ; allongement du canal pylorique, avec un point sensible d'ulcus pylorique sur le versant gastrique.

En juin 1924, le malade fait une nouvelle crise de dix jours, sorte de torsion, brûlure, déchirure, avec une sialorrhée abondante cinq à six heures après les repas, parfaitement obéissante à une médication alcaline et au régime.

Après une période de calme parfait de dix-huit jours les douleurs reviennent sous forme d'une sensation de poids matinal jusqu'à 10 heures, cédant à l'ingestion du lait à chaque fois.

En novembre 1924, nouvelle crise de dix-huit jours, à douleur tardive, provoquée par excès alimentaire. A l'examen : contraction péristaltique, clapotage et flot, sensibilité exagérée du grand droit droit, accompagnée de fermentation avec borborygmes, renvois d'odeur d'œuf pourri, gaz, des selles diarrhéiques, alternées avec de la constipation.

C'est dans ces conditions qu'on a décidé d'intervenir le 1er avril 1925.

A l'opération : Gastro-entérostomie postérieure pour un

tout petit ulcus pylorique. Muqueuse gastrique très rouge, enflammée et saignant beaucoup, petite courbure normale, vésicule normale. Ainsi donc l'opération vient doubler la confirmation de l'examen radiologique et le diagnostic purement clinique.

Voici trois observations de dyspepsies d'origines complexes, choisis parmi plusieurs centaines, évoluant sur divers terrains, traduisant fidèlement le caractère continu et irrégulier des douleurs dyspeptiques en contraste avec celles d'ulcus.

OBSERVATION I

Dyspepsie secondaire à une côlite avec amibiase chez un spécifique.

M. P. F..., 37 ans.

Examiné pour la première fois en octobre 1927. Souffre depuis vingt ans, mais beaucoup plus depuis quatre ans. La douleur se traduit par une sorte de gonflement, pesanteur pénible et continue, tardivement surtout après les repas copieux et irréguliers. Un jour sur deux il souffre davantage et depuis vingt ans il a toujours senti son estomac sans une période de calme vrai.

Acidité de la bouche, céphalée, sont les deux signes constants depuis des années.

Pas de vomissements, ni nausées, ni renvois. Bon appétit, bradyphage, plusieurs selles en purée par jour, entrecoupées de constipation. Nerveux, très émotif, migraineux.

Antécédents personnels. — Spécifique depuis dix ans, soigné énergiquement par Hg, As, Bi et surtout KI. A fait plusieurs crises de dysenterie amibienne.

A l'examen : langue chargée, dents bonnes, teint sub-ictérique, gros foie sensible avec les deux points vésiculaires douloureux, en rapport avec une angiocholécystite concomitante. Défense du grand droit droit, sans tumeur perceptible, pas de sensibilité épigastrique et abdominale sauf le cæcum et tympanisme du côlon. Réflexes normaux.

Examen des selles : présences d'entamœba dysenteriæ et de colis, pas de sang.

Amélioration très nette par un régime et traitement.

Conclusion. — Un syndrome douloureux irrégulier et continu, sans périodicité, ni des intervalles d'accalmie franchement séparés nous a obligé à écarter le diagnostic d'ulcus et de nous orienter vers une dyspepsie secondaire. En effet, les radioscopies et radiographies faites en série ne montrent aucune lésion gastrique ou duodénale, sauf une déformation de la grande courbure de l'estomac par le côlon, l'hyperkinésie, le spasme pylorique, sensibilité du côlon et du plexus.

OBSERVATION II

Dyspepsie secondaire à une ptose, avec côlo-typhlo-cholécystite, gros état nerveux et constipation.

Mme L..., 37 ans.

Examinée pour la première fois en Décembre 1926. Souffre de l'estomac depuis dix ans. Sorte de crampes épigastriques,

à horaire tardif durant plusieurs heures, actuellement tous les jours, mais autrefois plus irrégulièrement. Elle ressent un malaise épigastrique, elle a des gaz odorants, une céphalée marquée et de la constipation. Il n'y a pas une périodicité vraie, quoiqu'elle souffre parfois quinze jours de suite, un jour sur deux ; autrefois c'était tous les jours pendant des mois, et aussi tous les quatre à cinq jours, tardivement vers 6 heures du soir, ou le matin au réveil. Depuis vingt jours elle souffre d'une crise aiguë ; continuellement, vers 2 heures du matin et quelquefois se réveille avec des douleurs. L'ingestion des aliments et des alcalins, tour à tour, paraît calmer ou exagérer les douleurs qui sont plus prononcées après les repas copieux.

Amaigrissement notable depuis trois ans.

Antécédents personnels. — Très nerveuse, tristesse matinale, une fièvre typhoïde marquant l'origine de ses troubles digestifs. Grippe à 25 ans, exacerbations des douleurs gastriques après les époques menstruelles, qui sont régulières.

Antécédents héréditaires. — Père mort de néo-gastrique à 67 ans. Mère grande nerveuse, frère hépatique.

A l'examen : Langue chargée, peu de sensibilité épigastrique, sensibilité plus exagérée du côlon à maximum cæcal, point appendiculaire net sans défense, plexalgie péri-ombilicale, pas de clapotage, gros foie, vésicule un peu grosse, ferme et arrondie avec ses deux points douloureux, signe de Glénard positif.

Conclusion : Devant la modalité de la douleur, sans la périodicité caractéristique que nous cherchons, accompagnée de points douloureux incontestables, vésiculaire et colique, on écarte facilement l'idée d'ulcus, pour se pencher volontiers

sur une dyspepsie secondaire, que les examens radiologique et radioscopique ont affirmé comme il suit :

Allongement vertical de l'estomac, mais poche à air normale, bas fond à 2 centimètres au-dessous de la ligne bi-iliaque, mobilité normale. Bulbe duodénal et duodénum normaux. Angle hépato-colique et région hépatique nettement sensibles au toucher, peu de présomption d'appendicite chronique.

La malade ayant suivi une médication, un régime, et le port d'une sangle, a été considérablement améliorée et ne souffre qu'exceptionnellement.

OBSERVATION III

Dyspepsie secondaire consécutive
à une métro-salpingite double, avec cholécystite et ptose.

Mme Dar..., 27 ans.

Consulte pour la première fois le 11 Février 1927. Souffre depuis quatre ans d'une douleur épigastrique, sorte de tiraillement, pesanteur douloureuse à horaire tardif, autrefois calmée et presque guérie par le port d'une sangle abdominale sans médicaments et elle gagne 10 kilos en deux mois et le fait d'engraisser supprime toute douleur; ainsi la ceinture devient inutile.

Actuellement, reprise des douleurs épigastriques, sorte de bâillement, éructations fréquentes avec peu de gazs, renvois, nausées au réveil le matin, les vomissements calment la douleur.

Elle ne souffre pas journellement, sans horaire journa-

lier ni périodicité régulière. La périodicité porte sur l'intensité de la douleur qui est très forte pendant quinze jours et assez réduite durant le mois suivant. Douleur fréquente sous le rebord costal droit se propageant dans le dos, en rapport avec les époques menstruelles.

Antécédents personnels. — Entérite jusqu'à 8 ans, scarlatine, rougeole, grippe intestinale. En 1919, métrite, double salpingite, sans nécessiter une opération et début de sa dyspepsie date à ce moment.

A l'examen : rien à signaler sauf une sensibilité marquée des deux points vésiculaires et ovariens.

En présence de cette instabilité des douleurs, sans caractère de périodicité, qui nous intéresse ici, étant en rapport avec les règles et l'infection salpingée, on n'a pas hésité à porter le diagnostic de dyspepsie secondaire.

Les radiographie et radioscopie en série ne montrent aucune lésion gastro-duodénale, sauf une légère sensibilité de la face interne du cæcum, déformation du bulbe duodénal par l'empreinte vésiculaire et douleur sur la vésicule ; dilatation de genu superius et atrésie au-dessus.

CONCLUSION

1° Un syndrome de douleur tardive rigoureusement journalier par période, presque calmé par les alcalins et séparé par des intervalles d'accalmie plus ou moins francs, est pour nous un symptôme typique d'ulcus gastro-duodénal, sans préjugé de la localisation de la douleur.

2° Dans l'évolution périodique des douleurs, c'est la distinction nette des périodes douloureuses, à la condition qu'elles soient journalières, et des périodes d'accalmie qui ont toute la valeur du diagnostic.

3° Par contre, les crises douloureuses ne sont pas nécessairement ni comparables, ni homologues et les périodes d'accalmie n'obéissent non plus à des mesures mathématiques pouvant être souvent plus longues que les périodes douloureuses et aussi les périodes douloureuses peuvent assez souvent dépasser la durée d'un mois, tout en gardant leur valeur diagnostique de périodicité.

4° Un syndrome de douleur tardive irrégulier, plus ou moins constant, ou même revenant par périodes, sans être rigoureusement journalier, nous porte, très vraisemblablement, mais non absolument, à éliminer l'ulcus et à penser plutôt à une dyspepsie essentielle ou secondaire, à une lésion abdominale, aux accidents génitaux, lithiasiques, vésiculaires, appendiculaires, côlitiques, nerveux ou

ptosiques ou même à une lésion extra-abdominale, à voir : cardiaque, pulmonaire ou radiculaire.

5° Comme nous l'avons dit plus haut, une douleur tardive continuelle, irrégulière, sans périodicité, mais non régulièrement journalière, c'est-à-dire à allure dyspeptique, ne doit pas nous obliger à éliminer l'ulcus, car nous avons vu assez souvent que la longue durée de la maladie, la nature névropathique des malades et la médication alcaline, ont agi de façon à modifier le rythme de la douleur. Ainsi, ces malades tout à fait au début de leurs souffrances se plaignant de douleurs tardives par périodes et rigoureusement journalières au moment des crises, entrecoupées par des périodes d'accalmie tout comme les ulcéreux, ont pu voir le rythme se modifier devenir irrégulier ou même constant.

6° Les périodes douloureuses sont en général calmées, même écourtées par le régime et le traitement alcalin, bismuthé, antispasmodique, etc.

7° Nous estimons qu'il existe des douleurs tardives lorsqu'un malade se plaint, même simplement de poids, gêne, malaise, gonflement, brûlure, crampe, torsion, tiraillement aussitôt après les repas et durant un temps plus ou moins long, après; celui-ci s'exacerbant tardivement, sont calmées par les alcalins.

Vu : le Doyen,
ROGER.

Vu : le Président de la thèse,
CARNOT.

Vu et permis d'imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Association française de chirurgie, octobre 1910. L'ulcère duodénal.

Aronson. — Critiscism in the diagnosis of gastric ulcer (American Jour. of Surgery, avril 1926).

Bucquay. — Archives générales de médecine (ulcère duodénal), 1887.

Cade (*A.*). — Dyspepsie hypersténique de la cholélithiase chronique. Son diagnostic avec l'ulcère gastro-duodénal (La Médecine, juillet 1924).

— L'ulcère du duodénum (Lyon Médical, 20 sept. 1925, n° 38).

Congrès allemand de chirurgie. L'ulcère du duodénum. Berlin, 1915.

Cruveilhier. — Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie.

Chantemesse et Le Noir. — Névralgie bilatérale et dilatation de l'estomac (Archives générales de Médecine, 1er juillet 1885).

Consultation et Leçon clinique du tube digestif faites à l'hôpital Beaujon, 1921. Les ulcères gastriques.

Durand (H.) et Lutier. — Diag. précoce de l'ulcus de l'est. (interprét. des signes fournis par la clinique et les différents procédés d'investigation) (Bulletin médical, XXXV, 1921, n° 15, 14 avril, p. 491).

Dumbrin (*M.*). — Lithiase biliaire à forme gastralgique et cholécystistectomie (Toulouse Médical, 15 novembre 1923).

Roux (*J.-Ch.*). — Manuel Debove, Achard, Castaigne. Paris, Masson, 1907.

Durand (*G.*) *et Chauvet* (*P.*). — Crises gastriques tabétiformes au cours des gastropathies organiques (L'Hôpital, déc. 1913, n° 1).

Enriquez (*Ed.*) *et Durand* (*G.*). — Schémas cliniques des formes topographiques de l'ulcère digestif (L'Hôpital, janvier vier 1924).

Enriquez (*E.*) *et Durand* (*Gaston*). — Eléments de diagnostic entre l'ulc. de l'estomac et l'ulc. du duod. (XVIe Congrès français de Méd. Rapport, Paris, 1922, p. 1).

Enriquez (*E.*). — Maladies du tube digestif (in Nouveau traité de pathologie interne, 1926.

Ferran (*J.*). — Les ulcères du duodénum (Gaz. des Hôp., 1911, p. 429).

Faroy (*G.*). — Les douleurs dites gastriques (Le Méd. pratique, 30 avril 1924, n° 41.

Fagot (*A.-M.*). —Contribution à l'étude clinique de l'ulcère géant de l'estomac. Thèse de Nancy, 1919-1920, n° 3.

Florant et Girault. — Diagnostic de l'ulcus récent de l'estomac (L'Hôpital, X, 1922, n° 80, oct., p. 456).

Gorhan (*F. D.*). — The clinical and chimical diagn. of gastric ulcer (Journal Missouri state méd., XIX, 1922, n° 5, mai, p. 209).

Ginesty (*A.*) —Contribut. à l'étude de l'ulcus de la P. C. de l'estomac. Thèse de Toulouse, 1921-1922, n° 40.

Gosset (*A*). *et Enriquez* (*Ed.*). — Syndrome vésiculo-duodénal-cholécystite ancienne et péricholécystite avec fistule entre la vésicule et le duodénum (Bull. et Mém. de la société de chirurgie, 1914, p. 283).

Gosset (*A.*). — Précis de patho. chirurgicale, t. III (Masson et Cie).

Gilbert (*Pr*). — Les signes fonctionnels de gastropathies (Cliniques de l'Hôtel-Dieu, 1922).

Guibault (*J.*). — Contribution à l'étude clinique et thérapeutique de l'ulcère de la P. C. de l'estomac. Thèse de Paris, 1925, nº 95.

Guénaux. — Difficulté du diagn. différentiel entre ulcère et cancer gastrique (Bulletin et Mémoire de la Société de radiologie médicale de France, IX, 1921, nº 78).

Gianolla (*G.*). — De notre impuissance à formuler un diag. de certitude de l'ulcère chronique du duodénum. — Indication dans les cas graves de la laparatomie explorat. (Scalpel. LXXVI, 1923, nº 5, 3 fév., p. 120).

Gutmann (*R. A*). — Les douleurs épigastriques et leur valeur comparée pour le diag. (Presse médicale, nº 101, 19 déc. 1925).

Huguier (*A.*). — L'ulcère du duodénum (J. des Praticiens, 18 avril 1925).

Horsley. — Duodénal ulcus (Surg. Clinics of Nortls America, II, 1922, nº 5, p. 1217).

Hayem et Lyon. — Maladie de l'estomac, 1913.

Jacquelin (*Ch.*) *et Max Lévy* (*M.*). — A propos du diag. des affect. de la région duod. vésicul. (Bull. Soc. Méd. des Hôpit., t. VIII, nº 39, p. 1777; 1er janv. 1925).

Lereboullet (*Pr*). — Les syndromes gastriques dans la moyenne et la grande enfance. Leur traitement (Progrès Médical, nº 10, 7 mai 1925).

Leven (*G.*). — La dyspepsie, Paris, Doin, 1913.

Leven (*G.*) *et Basset* (*G.*). — Le lésion pyl. atteignant le point Mac Burney. Le faux diagnostic d'appendicite (Bull. et Mém. de la Soc. de Radiol. méd. de Paris, 12 oct. 1909).

Leven (*G.*). — Le diag. d'append. et Radiosc. gastrique (Presse méd., 1er déc. 1909).

— Appendicite et Erreurs de diag. Rapport du Congrès français de Méd. (XVI[e] session. Paris, 1922).

Leven (*B.*). — Crises gast. (G. des hôp., 1925, n° 12, p. 169 et n° 13, p. 209).

Lœper (*M.*). — Sur le diag. des douleurs tardives (Progrès méd., 15 oct. 1913).

Le Noir et Agasse-Lafont in Nouveau Traité de Méd. Paris, Masson, 1923).

Lœper (*M.*). — Les ulcères dissimulés de l'estomac (Monde méd., 15 oct. 1913).

Laurence (*J.*). — Les faux ulcères de l'estomac et du duod. (Journal des Prat., XXXV, 1921, n° 35, 27 août, p. 572).

Lœper (*M.*). — L'ulcus de la P. C. (Progrès méd., 1920, n° 3, 17 janv., p. 25).

Laurence (*J.*). — Les éléments du diag. clin. des ulc. gastr. et duod. (Journal des Pratic., XXXVII, 1923, n° 31, 4 août, p. 506).

Lœper et Marchal. — Le diag. topogr. des ulc. de l'est. (J. Méd. fr., XII, 1923, n° 1, janv., p. 13).

Morichau-Beauchant. — Le diag. de l'ulc. gast. et duod. (Archives médico-chirurg. de province, 1920), et les crises gastriques (Arch. méd.-chir. de province, févr. 1923, p. 45).

Matignon. — Douleurs gastriques antéprandiales. Faim douloureuse et ulcus (Paris médic., 12 mai 1923).

Mathieu, Sencert, Tuffier. — Traité médico-chirurgical des maladies de l'estomac et de l'œsophage, 1913.

Moynihan, Berkeley. — L'ulcère gastr. et duodénal (Doin, éditeur).

Maukan (*H.*). — Les localis. douloureuses de la lithiase biliaire (Gaz. des hôp., n° 37, 1[er] avril 1913).

Morichau-Beauchant (*R.*). — Les faux ulcères de l'est. et du

duod. (Archives médico-chirurg. de province, avril 1921).

Œttinger (*W.*). — Ulcère du duodénum et cholélithiase (Paris méd.).

Paviot. — Syndrome gastrique douloureux sans lésion gastrique ou duodénal en dehors du tabès et de la syphilis (Journ. de Méd. de Lyon, 20 juillet, n° 85).

Pigheon (*J.*). — Localisation extra-épigastrique de la douleur tardive. Thèse de Paris, 1925.

Parturier (*G.*). — Diag. dif. de l'ulcus vrai non compliqué (Rev. de Méd. Paris, XXXVIII, 1924, n° 3 et n° 4).

Parturier et Vasselle. — L'ulcère vrai du duo. non compliqué, S. et diag. (Gaz. méd. de Nantes, XXXV, 1912, n° 6, 15 mars).

Pouchet (*V.*). — L'ulcus gastrique (D. clinique, XVII, 1922, n° 10, oct.).

Palier (*E.*). — Sur le diag. diff. entre la gastrite érosive sanguinolente, les simples ulcérations et le vrai ulcère stomacal (Bull. et Méd., XXXVI, 1922, n° 49, 29 nov.).

Ramond (*F.*). — La douleur chez les dyspeptiques (Paris méd., 1920).

Chiray (*M.*). — Les 3 cholécystites chroniques (Journ. Méd. franç., t. XII, n° 5, mai 1923).

Durand (*G.*) *et Chauvet* (*P.*). — Crises gastr. tabétiformes au cours des gastropathies organiques (L'Hôpital, déc. 1913, n° 1).

Ramond (*F.*). — La douleur tardive au cours des mal. de l'estom. (Presse méd., 26 mars 1921, n° 25).

Ramond (*L.*). — L'ulcère simple du duod. (Conf. de cl. méd. prat., 1922).

Roux (*J.-Ch.*). — Pathologie gastro-intestinale (Doin, éditeur).

Rachet (*J.*). — La valeur des signes cliniques pour le diag. d'un ulc. du duod. (La vie méd., IV, 1923, n° 23, 8 juin).

Savignac (*Roger*). — Le rythme dans le temps des douleurs tardives et le diag. de l'ulcus gastro-duodénal (Paris méd., 12 janv. 1924).

Stevenson (*E. F.*). — Diagnosis and treatment of gastric and duod. ulcus (Illinois med. journ., XXXVII).

Saloz (*C.*) *et Moppert* (*G.*). — Ulcère orificiel et ulcère extra-orificiel. Essai de classification clinique des ulc. de l'est. et du duod. (J. Méd. fr., XII, 1923, nº 1, janvier).

Savy (*P.*). — Consid. prat. sur le diag. de l'ulc. d'est. (Journ. de Méd. de Lyon, 11, 1921, nº 35, 20 juin).

Soupault. — Maladies de l'estomac.

Timbal. — Les troubles du fonct. pylorique de l'ulc. de la P. C. (Toulouse méd., XXIII, 1922, nº 8, 15 avril).

Timbal (*L.*). — L'ulcère de la P. C. de l'est. (Progrès méd., nº 21, 22 mai 1920).

Vasselle (*P.*). — Le diag. de local. des ulc. gastr. et duod. thèse de Paris, 1922.

Vedel Baumel (*J.*) *et Giraud* (*G.*). — Crises gast. paroxystiques. Essai de diag. pathogén. (Montpellier méd., juin 1921).

8023. — Impr. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 1-1928.